DISSERTATION

N° 193.

SUR

L'HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 18 août 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR LUCIEN BOISSARIE, de Lacassagne,

Département de la Dordogne.

Priusquàm incipias, consulto, et, ubi consulueris, maturè facto opus est.

SALLUSTE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils, *Suppléant.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL, *Examinateur.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Président.* DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs

Arvers.
Baudelocque.
Bouvier.
Breschet.
Cloquet (Hippolyte).
Cloquet (Jules).
Dance.
Devergie.
Dubois.
Gaultier de Claubry.
Gérardin, *Examinatenr.*
Gerdy, *Examinateur.*

Messieurs

Gibert, *Suppléant.*
Kergaradec.
Lisfranc.
Maisonnabe.
Parent du Chatelet.
Pavet de Courteille.
Ratheau.
Richard.
Rochoux.
Rullier.
Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS PARENTIBUS.

Parvulum gratitudinis testimonium.

L. BOISSARIE.

DISSERTATION

SUR

L'HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE.

L'HYDROCÈLE est le résultat d'une accumulation de liquide plus ou moins considérable dans les bourses.

Je n'entrerai point ici dans des considérations anatomiques ; je ne rappellerai point qu'indépendamment de nerfs, de vaisseaux, du testicule et de son cordon, il entre dans la composition des bourses plusieurs enveloppes superposées les unes sur les autres, et unies entre elles par différentes couches de tissu cellulaire ; que ces enveloppes sont, en procédant de dehors en dedans : 1°. le scrotum ; 2°. le dartos ; 3°. une tunique fibro-celluleuse ; 4°. le crémaster ou la tunique élytroïde, formée par quelques fibres du grand oblique ; 5°. la tunique vaginale, membrane séreuse, continue avec le péritoine dans les premiers temps de l'enfance ; 6°. enfin la tunique albuginée, ou la membrane qui recouvre immédiatement le testicule et son cordon.

Le liquide qui donne lieu à la maladie qui nous occupe peut être infiltré dans le tissu cellulaire, ou bien accumulé dans un seul foyer, dans une seule poche. De là une première division de l'hydrocèle en *hydrocèle par infiltration*, et en *hydrocèle par épanchement*. Cette dernière espèce est beaucoup plus fréquente que la première, et elle est, par rapport à celle-ci, comme 100 est à 1. Dans l'hydrocèle par

épanchement, le liquide, quoique susceptible de s'accumuler ailleurs, s'accumule le plus souvent dans la tunique vaginale, et on entend en général par *hydrocèle*, l'hydropisie de cette membrane séreuse. L'ouverture de communication entre cette membrane et le péritoine subsiste-t-elle encore, la maladie porte le nom d'*hydrocèle congéniale*. Lorsque cette ouverture de communication n'existe plus, elle est désignée sous le nom d'*hydrocèle accidentelle* ou *des adultes*. Je vais tracer avec détail l'histoire de cette dernière espèce; je dirai ensuite quelques mots de l'hydrocèle congéniale.

Hydrocèle accidentelle. L'étiologie de cette hydropisie présente beaucoup d'obscurité. Dira-t-on qu'elle est due à un défaut d'équilibre entre le système exhalant et le système inhalant? Mais comment expliquer ce défaut d'équilibre? Quel est l'agent perturbateur sous l'influence duquel il s'établit? L'hydrocèle de la tunique vaginale s'observe rarement dans l'enfance, beaucoup plus fréquemment chez l'adulte et le vieillard. Dans quelques cas, elle est précédée d'un engorgement du testicule; mais le plus souvent elle se manifeste sans qu'il soit possible de reconnaître la cause qui l'a produite. On conçoit que des coups, des contusions réitérés du scrotum, du testicule, peuvent provoquer le développement de cette maladie. Les personnes les mieux portantes en sont atteintes, et elles ne s'en aperçoivent qu'à une tumeur plus ou moins considérable, qui s'accroît graduellement, et les incommode et par son poids, et par son volume.

Cette tumeur n'altère point la couleur de la peau; elle est molle, fluctuante dans les premiers temps de son développement. Elle s'accroît de bas en haut, en se dirigeant vers l'anneau inguinal. Ses progrès sont lents. Lorsqu'elle est parvenue à son plus haut degré d'accroissement, la fluctuation cesse d'être perceptible; la peau est tendue, rénitente; le liquide s'engage dans l'orifice externe de l'anneau inguinal, le raphé est déjeté du côté opposé. Les rides du scrotum ne subsistent plus; la tumeur s'accroît aux dépens de la peau qui recouvre le membre viril; celui-ci est rapetissé et incapable de remplir les fonctions qui

lui sont dévolues. Le tact est insuffisant pour distinguer le testicule et son cordon; le testicule, qui jusqu'alors était resté étranger à toute espèce de phénomènes morbides, peut devenir le siége de douleur assez vives : elles sont le résultat de la compression qu'il éprouve.

La transparence de l'hydrocèle est un caractère d'une grande valeur pour établir le diagnostic : ce phénomène n'est point constant; il s'observe néanmoins dans la plupart des cas. Pour l'apprécier, on saisit de la main gauche la partie postérieure de la tumeur, en tirant la peau en arrière, et en refoulant le liquide en avant; on applique sur la face antérieure le bord cubital de la main droite demi-fléchie, et on regarde au-dessous de l'espèce de voûte que forme cette main, pendant qu'un aide approche, autant qu'il est possible, une bougie allumée du côté opposé à celui vers lequel l'œil du chirurgien est dirigé.

On détermine de cette manière la position du testicule, qu'on reconnaît à son opacité, à sa forme, à l'insertion du cordon spermatique. Si on le comprime, on produit des douleurs assez vives. C'est ordinairement à la partie postérieure interne et inférieure de la tumeur qu'il est placé; il peut être placé ailleurs : M. *Boyer* l'a trouvé une fois à la partie antérieure et inférieure. Avant d'en venir à une opération, il est essentiel de déterminer d'une manière précise la position de cet organe : sans cette précaution, on s'exposerait à le léser.

La transparence de l'hydrocèle, avons-nous dit, n'est point un phénomène constant. En effet, l'opacité du liquide, certaines altérations de la tunique vaginale ou des autres enveloppes qui entrent dans la composition des bourses, ne permettent point dans quelques cas de la distinguer.

Le poids de l'hydrocèle est en général peu considérable, proportionnellement à son volume. La nature du liquide, l'état sain ou morbide de la tunique vaginale, certaines complications, sont autant de circonstances qui peuvent le faire varier singulièrement. Quant au volume, il est ordinairement en raison directe de l'ancienneté de la maladie. Je dis ordinairement; on voit, en effet, des hydrocèles peu

volumineuses, quoique anciennes, tandis que d'autres, quoique récentes, sont très-volumineuses.

La forme de l'hydrocèle offre beaucoup de variétés. Le plus souvent elle est pyriforme. La base est dirigée en bas, et le sommet en haut. La tunique vaginale, distendue par le liquide qu'elle contient, peut céder dans certains points plus que dans d'autres. Cette disposition rend la tumeur inégale, bosselée ; on peut alors confondre la maladie avec un sarcocèle, si l'on se contente d'un examen superficiel. L'hydrocèle peut offrir une dépression circulaire. Elle peut affecter une forme recourbée d'avant en arrière, ce qui dépend le plus souvent de l'emploi d'un suspensoire mal fait, ou d'un sous-cuisse trop court, tirant la tumeur en arrière. Enfin dans quelques hydrocèles, la tunique vaginale offre des loges plus ou moins multipliées, isolées les unes d'avec les autres par des cloisons celluleuses. On reconnaît cette disposition aux bosselures inégales que présente la tumeur, à la transparence de ces bosselures, et à l'opacité des cloisons celluleuses qui les séparent.

Le liquide que contient la tunique vaginale est ordinairement limpide, transparent, légèrement teint d'un jaune citrin. Soumis à l'action du calorique, il se coagule en partie, phénomène dû à la présence de l'albumine, qu'il contient dans une grande proportion. Ce liquide, dans quelques circonstances, est altéré ; il n'est point transparent ; il peut être d'une couleur violette, sous forme d'une humeur visqueuse, épaisse, et dont la consistance est analogue à celle du miel. La tunique vaginale elle-même peut offrir des altérations plus ou moins profondes. Elle est mince, transparente dans le principe de la maladie ; plus tard elle s'épaissit. On l'a vue devenir fibro-cartilagineuse, et même squirrheuse.

Selon *Scarpa*, dans les hydrocèles volumineuses anciennes, il y a déplacement, dissociation des élémens du cordon testiculaire. L'artère spermatique et le canal déférent seraient ordinairement portés en dedans, et les veines sur le côté opposé. Ces organes pourraient même, dans certains cas, se prolonger des parties latérales de la tumeur,

jusque sur sa face antérieure. Le chirurgien célèbre qui a appelé l'attention des praticiens sur cette particularité, cite l'observation d'une hydrocèle dont la ponction, faite conformément aux règles indiquées par tous les auteurs, fut suivie d'une hémorrhagie, due à l'ouverture de l'artère spermatique.

Plusieurs maladies, telles qu'une hernie inguinale, la sérosité accumulée dans un sac herniaire, le sarcocèle, l'hydropisie enkystée du cordon, sont susceptibles de simuler et de compliquer l'hydrocèle de la tunique vaginale.

Il est difficile de confondre avec l'hydrocèle la hernie inguinale, lorsque celle-ci est réductible. Quand la réduction est impossible, la méprise est plus facile à commettre. Lorsque l'hydrocèle est volumineuse, on sent, comme dans les hernies, pendant la toux une impulsion imprimée par les muscles abdominaux; mais la hernie n'est point transparente; elle suscite dans les organes digestifs un trouble plus ou moins marqué. Au reste, le mode de formation, d'accroissement de la tumeur, ne permettra point de méconnaître la nature de la maladie qu'on a à combattre. La coexistence d'une hydrocèle et d'une hernie inguinale n'est point une circonstance très-rare. On voit alors deux tumeurs plus ou moins considérables s'avancer l'une vers l'autre, et finir par se croiser. Le plus souvent, l'hydrocèle passe au devant de la hernie. Cependant une disposition inverse peut s'observer. Lorsque l'hydrocèle passe au devant de la hernie, celle-ci, appuyant avec plus ou moins de force contre la paroi postérieure de la tunique vaginale, peut s'engager à travers des éraillemens qui se forment dans cette membrane séreuse, et venir faire saillie dans son intérieur. M. *Dupuytren*, qui a observé six cas de ce genre, a vu, dans deux de ces cas, des symptômes d'étranglement se manifester. Ils étaient le résultat de la constriction à laquelle étaient soumises les parties herniées. Il n'y avait que celles qui étaient engagées à travers l'ouverture accidentelle faite à la tunique vaginale qui offrissent des symptômes d'étranglement. Après avoir incisé la tunique vaginale et évacué le liquide qu'elle contenait, on agrandit l'ouverture faite à

cette membrane séreuse, et on réduisit ensuite facilement la hernie. On n'eut pas besoin d'inciser l'anneau inguinale.

Un sac herniaire peut devenir le siége d'un épanchement. Lorsque ce sac communique avec la cavité abdominale, on fait rentrer dans l'abdomen, par des pressions faites convenablement, le liquide qu'il contient, de sorte que la tumeur disparaît complètement. S'il n'existe pas d'ouverture de communication, il devient alors facile de se tromper sur la nature de la maladie ; il faut insister sur les circonstances commémoratives. Dans certains cas, quelque exercé que l'on soit, et quelque grande que soit l'attention qu'on y mette, le diagnostic offre beaucoup de difficultés. Au reste, dans un cas de cette nature, une méprise ne serait point funeste au malade, puisque le traitement est le même, que l'épanchement siége dans la tunique vaginale ou dans un sac herniaire, pourvu, toutefois, que celui-ci ne communique point avec la cavité abdominale.

Le sarcocèle est une complication assez fréquente de l'hydrocèle : cette complication produit l'état mixte connu sous le nom d'*hydrosarcocèle*. L'épanchement dont la tunique vaginale est alors le siége n'est point la maladie primitive ; c'est l'engorgement du testicule qui a précédé l'épanchement et qui lui a donné lieu. Aussi le chirurgien doit-il s'occuper spécialement de cet engorgement, qui forme la lésion principale. Lorsque l'hydrocèle se présente dans toute sa simplicité, il devient à peu près impossible de la confondre avec le sarcocèle, à moins d'une ignorance profonde ou d'un défaut d'attention inexcusable. En effet, dans le sarcocèle, la tumeur se rapproche plus ou moins de la forme primitive du testicule : elle est dure, bosselée, inégale ; elle n'est ni molle, ni fluctuante, ni transparente ; elle est le siége de douleurs lancinantes, qui se propagent jusqu'aux aines, jusqu'aux lombes. Le cordon testiculaire est libre, on le saisit, on le pince facilement ; tandis que, dans l'hydrocèle volumineuse, il est impossible de le distinguer à l'aide du tact à travers les parois de la tumeur : on ne sent pas non plus le testicule. L'hydrocèle marche lentement, le sarcocèle a une marche rapide. L'une de ces maladies dans l'espace d'un ou

deux ans n'a quelquefois qu'un volume médiocre; l'autre, au contraire, acquiert souvent dans l'espace de quelques mois un volume considérable.

Malgré cet ensemble de signes, il reste, dans quelques cas, du doute sur la nature de la maladie; une méprise à cet égard peut être commise, même par les praticiens les plus expérimentés. Cette incertitude dépend le plus souvent de la coexistence de l'hydrocèle avec l'engorgement squirrheux du testicule. « Quand on a du doute sur la « nature de la maladie, dit M. *Boyer*, il faut attendre que la tumeur « prenne des caractères plus tranchés. Quand le temps d'expectation « jugé convenable s'est écoulé, et que l'incertitude persiste toujours, « on plonge le trois-quarts dans la tumeur. Si c'est simplement une « hydrocèle, on pratique l'injection; et on pratique sur-le-champ la « castration, si c'est un sarcocèle. »

L'hydropisie enkystée du cordon pourrait être confondue avec l'hydrocèle proprement dite; cependant ces deux maladies présentent des différences qui permettent de les distinguer l'une de l'autre. La première, en effet, ne commence point par la partie inférieure des bourses; elle se développe sur le trajet du cordon spermatique, et on sent aisément au-dessous d'elle le testicule. Cet organe, au contraire, dans la seconde de ces maladies, ne peut point être senti lorsque la tumeur est considérable; au reste, il n'est jamais pendant à la partie inférieure des bourses. L'existence simultanée de l'hydrocèle et de l'hydropisie enkystée du cordon a été observée plus d'une fois; dans le principe, on remarque deux tumeurs, l'une supérieure et l'autre inférieure. Les mouvemens imprimés à l'une ne se communiquent point à l'autre; elles sont séparées par une espèce de dépression plus ou moins marquée; ces deux tumeurs se rapprochent peu à peu, et il arrive une époque où elles se confondent.

Le prognostic de l'hydrocèle n'a rien de fâcheux. C'est une maladie qui ne compromet point l'existence des personnes qui en sont atteintes; mais elle est fort incommode, surtout quand le volume de la tumeur est porté très-loin. Souvent elle détermine à la partie interne et

supérieure des cuisses des excoriations douloureuses et difficiles à guérir, à cause des frottemens qui ont lieu continuellement. De plus, cette maladie est, pour les organes de la génération, une difformité, qui, dans quelques cas, s'oppose d'une manière absolue à l'acte de la reproduction. Ordinairement l'hydrocèle s'accroît, pour ainsi dire, d'une manière indéfinie; sa durée est, par conséquent, illimitée. *Bertrandi* et *Sabatier* ont vu la tunique vaginale trop fortement distendue se rompre, cette rupture favoriser l'infiltration de la sérosité dans le tissu cellulaire ambiant, et donner lieu ainsi à une hydrocèle par infiltration. Dans ces circonstances, on voit en général la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire des bourses être résorbée; l'ouverture faite à la tunique vaginale se cicatriser, et la maladie primitive reparaître après un laps de temps plus ou moins long. M. *Boyer* cite dans son ouvrage l'observation d'un individu chez lequel cette infiltration séreuse détermina un abcès gangréneux, à la suite duquel l'hydropisie de la tunique vaginale fut complètement guérie.

Traitement. L'hydrocèle peut guérir spontanément. *Bertrandi* en cite un exemple : cette terminaison est excessivement rare. Il est presque toujours indispensable de recourir à une opération chirurgicale pour faire disparaître cette tumeur aqueuse. L'hydrocèle peut être traitée d'une manière palliative ou d'une manière radicale. La cure palliative consiste seulement à évacuer la sérosité contenue dans l'intérieur de la tunique vaginale. On renouvelle cette opération, lorsque la tumeur reparaît et qu'elle incommode le malade; cette espèce de traitement convient aux individus qui sont habituellement malades, et dont l'âge est très-avancé, dont la constitution est détériorée. Le même traitement est applicable dans les cas où il s'agit d'une hydrocèle volumineuse, où l'hydrocèle a paru dans le cours d'une maladie, et que depuis son apparition elle s'est amendée, ou qu'elle a complètement disparu.

Pour pratiquer la ponction de l'hydrocèle, on peut se servir de la lancette ou du trois-quarts : ce dernier instrument est généralement

préféré. L'opération, en effet, est plus simple ; le liquide s'écoule mieux, et son infiltration dans le tissu cellulaire est moins à redouter. Quand on se propose de pratiquer cette petite opération, on commence par raser les bourses du côté où existe la maladie ; on se procure un trois-quarts, des compresses, un suspensoire et un vase destiné à recevoir le liquide qu'on veut évacuer. Le malade, ayant les cuisses écartées, peut être debout ou bien assis soit sur une chaise, soit sur le bord de son lit. Il peut aussi être couché sur le dos, tenant les cuisses fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses, et les genoux tournés en dehors. Dans les deux premiers cas, le chirurgien est placé entre les cuisses du malade, et dans le troisième cas, il est placé vers le bord du lit. Après avoir assigné la position du testicule, il embrasse de la main gauche la tumeur par sa partie postérieure ; de la main droite il saisit le trois-quarts, préalablement enduit d'un corps gras, et, après avoir allongé le doigt indicateur sur la canule de cet instrument jusqu'au point où il veut borner son introduction, il le plonge à la partie inférieure et antérieure de la tumeur, en le dirigeant obliquement de bas en haut, et d'avant en arrière, et en lui faisant suivre une direction moyenne entre la paroi antérieure et la paroi postérieure de la tunique vaginale. Lorsque l'instrument est arrivé dans l'intérieur de cette membrane, ce que l'on reconnaît à un défaut de résistance qu'il éprouve, l'opérateur retire le poinçon de la canule, et il tient celle-ci avec le pouce et l'indicateur de la main gauche. Il a soin de suivre avec la canule pendant l'écoulement du liquide le mouvement de retrait du scrotum. Sans cette précaution, l'extrémité de la canule pourrait abandonner l'intérieur de la tunique vaginale, et le liquide, au lieu de s'écouler au dehors, s'infiltrer dans le tissu cellulaire. Des pressions modérées favorisent l'écoulement du liquide. Lorsqu'il s'est écoulé en totalité, on soutient les tégumens avec le pouce et l'index de la main gauche, placés sur les côtés de la canule, et on retire celle-ci avec le pouce et l'index de la main droite. On recouvre les bourses d'une ou deux compresses trempées dans un liquide résolutif, et on soutient le tout avec un suspensoire.

La cure radicale consiste non-seulement à évacuer le liquide épanché, mais encore à faire disparaître la cavité qui le contient, soit en enlevant la tunique vaginale, soit en déterminant l'adhérence de ses parois entre elles. Pour arriver à ce résultat, on a proposé les procédés suivans : l'incision, l'excision, la cautérisation, le séton, la tente, la canule, la bougie, les vésicatoires et enfin l'injection. Nous avons fait connaître quels sont les cas où le traitement palliatif est applicable; la guérison définitive de l'hydrocèle devra être tentée, toutes les fois que le malade se trouvera dans des conditions opposées.

L'incision de la tunique vaginale remonte à une époque très-reculée, puisqu'on la trouve décrite dans *Celse*, dans *Paul* d'Égine et dans *M. A. Severin.* Pour la pratiquer, on saisit de la main gauche la partie postérieure de la tumeur, qu'on incise dans sa partie moyenne de haut en bas. Lorsque la sérosité est évacuée, on remplit de charpie toute la cavité de la tunique vaginale. Ce premier pansement doit être fait avec beaucoup de soin; si l'on ne bourre pas, en effet, de charpie toute la surface interne de cette membrane séreuse, la maladie se reproduit. On surveille attentivement le malade. S'il se manifeste une inflammation trop vive, on la combat par des moyens appropriés. Le huitième ou le dixième jour de l'opération, la suppuration est suffisamment établie dans le fond de la cavité séreuse pour permettre d'enlever la charpie qu'on y a placée. On panse alors à plat, jusqu'à ce qu'on ait obtenu la guérison. L'incision est une opération douloureuse. Elle a l'inconvénient d'exposer à une inflammation assez vive pour déterminer le fonte du testicule, ou bien la dénudation de cet organe par suite de la gangrène de scrotum. Du reste, elle ne met point dans tous les cas à l'abri de la récidive, inconvénient qu'elle partage avec tous les autres procédés. L'incision est peu usitée aujourd'hui. On l'emploie seulement dans les cas où il règne de l'incertitude sur la véritable nature de la maladie, et dans les cas où la cavité de la tunique vaginale est partagée en plusieurs cellules. On peut aussi l'employer lorsque l'injection a été tentée sans succès.

L'excision, aussi ancienne que l'incision, est une opération longue,

loborieuse et douloureuse. Elle convient toutes les fois que la tunique vaginale est profondément altérée, qu'elle est épaissie, squirrheuse, qu'elle a acquis une dureté presque cartilagineuse, qui ne lui permet pas de revenir sur elle-même, de s'appliquer sur le testicule, de se couvrir de bourgeons charnus. Elle prévient peut-être plus sûrement le retour de la maladie que l'incision. Quand on a recours à cette méthode, on opère de la manière suivante : le malade étant convenablement placé, on saisit de la main gauche la partie postérieure de la tumeur, de manière à la faire saillir en avant sous les tégumens tendus. Si la peau est saine, on pratique une incision longitudinale qui intéresse le scrotum et le tissu cellulaire sous-cutané. Si elle est altérée, on circonscrit entre deux incisions semi-elliptique toute la portion altérée. Lorsque la peau a été incisée, la tumeur aqueuse, pressée par l'action de la main gauche, placée en arrière, est poussée au dehors. Quelques coups de bistouri suffisent pour l'isoler dans presque toute sa circonférence. On l'ouvre par sa partie moyenne, et avec des pinces et des ciseaux, on emporte les lambeaux latéraux le plus près possible du cordon et du testicule. Le pansement est ici le même que celui qui a été déjà indiqué. Les portions de la tunique vaginale qui n'ont point été excisées s'enflamment et se couvrent de bourgeons charnus. La même chose a lieu sur la face correspondante du scrotum. La plaie se rétrécit de jour en jour, et finit enfin par se cicatriser.

La cautérisation remonte à une époque moins reculée que l'excision et l'incision. Pratiquée d'abord avec le cautère actuel, elle a été exécutée ensuite avec le cautère potentiel. On avait proposé d'ouvrir la tumeur à l'aide d'une traînée de pierre à cautère, s'étendant depuis sa partie supérieure jusqu'à sa partie inférieure. *Guy de Chauliac* a démontré le premier qu'il suffisait de déterminer une escharre de la grandeur d'une pièce de quinze ou vingt sous à la partie antérieure et inférieure de la tumeur. L'escharre se détache au bout d'un temps plus ou moins long; la sérosité s'écoule, et la tumeur s'affaisse. A chaque pansement, des lambeaux de la tunique vaginale se détachent; la plaie se rétrécit de jour en jour, et cinq à six semaines après l'opération on obtient une

cicatrice fortement adhérente au testicule. La cautérisation, vivement préconisée par *Else*, chirurgien anglais, est aujourd'hui mise de côté.

L'irritation de la tunique vaginale, au moyen d'un corps étranger solide, a été aussi fortement préconisée. Il paraît que *Guy de Chauliac* est le premier qui ait proposé de provoquer cette irritation au moyen du séton. Ce procédé avait été exclusivement adopté par *Pott*. Ce chirurgien célèbre, après avoir pratiqué la ponction de l'hydrocèle selon les règles ordinaires, engageait dans la canule du trois-quarts une canule plus longue, dont il dirigeait l'une des extrémités vers la partie supérieure et antérieure de la tumeur. Il introduisait dans cette seconde canule un stylet, dont l'une des extrémités offrait une ouverture destinée à recevoir le séton, composé de plusieurs brins de soie; l'autre extrémité était pointue et servait à perforer les enveloppes du testicule de dedans en dehors. L'intérieur de la tunique vaginale était ainsi traversé par le séton, dont les deux bouts étaient noués lâchement au dehors, après que les canules qui avaient servi à le conduire avaient été retirées. Quelques jours après l'opération, le scrotum devenait tendu, douloureux. Si l'inflammation était trop vive, on la combattait par des cataplasmes émolliens, par des évacuations sanguines. Du douzième au quinzième jour, les parties commençaient à se dégorger. On retirait alors le séton, autant que possible, brin à brin, un par jour, et, lorsqu'il était entièrement extrait, on pansait avec de la charpie sèche les ouvertures faites supérieurement et inférieurement jusqu'à la guérison complète, qui ne se faisait pas long-temps attendre. *Pott* a employé beaucoup le séton avec succès; d'autres praticiens n'ont pas retiré de son emploi d'aussi grands avantages.

Je n'insisterai point ici sur l'emploi de la tente. C'est dans l'ouvrage de *Franco* qu'on trouve la première description de ce procédé. On fait à la tumeur une incision qui intéresse la tunique vaginale. On introduit dans cette incision une tente de charpie, qu'on renouvelle tous les jours jusqu'à ce que les parois de cette membrane séreuse aient contracté des adhésions entre elles. *Monro* conseille de promener, après l'évacuation du liquide, sur la face interne de la tunique vaginale l'ex-

trémité de la canule du trois-quarts, afin d'irriter cette membrane et de provoquer une inflammation adhésive. M. *Larrey* introduit dans la canule du trois-quarts une sonde de gomme élastique, qu'il laisse séjourner dans la cavité de la tunique vaginale, jusqu'à ce que l'inflammation adhésive qu'elle doit provoquer se soit établie. L'impression de la sonde de gomme élastique, à cause de la flexibilité et du poli dont elle jouit, est moins douloureuse que la canule du trois-quarts. Tous ces procédés, tels que ceux de *Pott*, de *Monro* et de M. *Larrey*, ont entr'eux la plus grande analogie. Ils ont tous l'inconvénient de ne produire qu'une inflammation partielle, circonscrite, qui s'étend difficilement à toute la tunique vaginale, laquelle ne contracte par conséquent des adhérences que dans certains points. Dans d'autres cas, l'inflammation une fois excitée peut faire des progrès alarmans et compromettre les jours du malade.

On s'est convaincu dans ces derniers temps que l'irritation que détermine l'application d'un vésicatoire sur le scrotum est susceptible de se propager à la tunique vaginale, de provoquer l'absorption du liquide que sécrète sa surface interne, et de faire disparaître enfin la cavité qui le contient. Le vésicatoire a réussi plusieurs fois entre les mains de M. *Dupuytren*. Ce nouveau procédé ne saurait être employé que dans les cas où l'hydrocèle est récente, peu volumineuse, et que les enveloppes du testicule ne présentent aucune altération organique. On ne fait, du reste, usage de ce procédé que sur les personnes qui, redoutant toute espèce d'opération, réunissent les conditions que nous venons d'indiquer.

L'idée d'irriter la surface interne de la tunique vaginale à l'aide d'un corps liquide appartient à *Lambert*, chirurgien de Marseille. Ce praticien se servait d'une dissolution de sublimé-corrosif, qu'il laissait séjourner plus ou moins long-temps dans l'intérieur de la tunique vaginale. Plus tard, on se servit de l'alcohol, et *Monro* y substitua le vin, trouvant l'alcohol trop irritant. M. *Dupuytren* fait usage du gros vin de Roussillon, dans lequel on fait bouillir, par pinte, deux onces de ro-

ses de Provins. Quand on se propose de mettre en usage le procédé de l'injection, on pratique la ponction de la tumeur, comme pour la cure palliative. Lorsque la totalité du liquide est évacuée, on imprime à la canule des mouvemens latéraux, pour s'assurer que son extrémité se meut librement dans l'intérieur de la tunique vaginale, et pour éviter de jeter le produit de l'injection dans le tissu cellulaire. Alors un aide, après avoir rempli une seringue de la capacité d'un quart de litre environ avec du vin préparé comme il a été dit plus haut, et dont la température est de trente-deux à quarante-deux degrés, engage l'extrémité de la canule de la seringue dans celle du trois-quarts, à laquelle elle doit s'adapter parfaitement; il pousse l'injection uniformément et avec douceur, tandis que l'opérateur maintient les deux instrumens unis l'un à l'autre. Lorsque la tumeur a repris son volume primitif, l'aide retire la seringue, et le chirurgien applique au devant de la canule du trois-quarts l'extrémité du doigt, afin d'empêcher le produit de l'injection de s'échapper. On laisse séjourner deux ou trois minutes le vin dans la tunique vaginale, puis on le retire. On renouvelle deux fois l'injection, en prenant toujours les mêmes précautions. A la dernière injection, on favorise avec beaucoup de soin l'écoulement du vin; on tâche de ne pas en laisser du tout dans la tunique vaginale, et, pour arriver à ce but, on en aspire jusqu'à la dernière goutte à l'aide de la seringue, dont on introduit la canule dans celle du trois-quarts. Lorsque l'opération est terminée, on recouvre le scrotum de compresses trempées dans le liquide qui a servi à faire l'injection, et on soutient le tout avec un suspensoire.

MM. *Boyer* et *Roux* se servent du vin ordinaire, auquel ils ne font aucune addition, afin de le rendre plus irritant, et dont, du reste, la température est de trente-deux à quarante-deux degrés. Ces deux habiles praticiens ne font que deux injections de quatre ou cinq minutes de durée chacune. Ils n'en pratiquent une troisième que lorsque le malade n'a pas témoigné une douleur vive, qui doit suivre le trajet du cordon testiculaire et se prolonger jusqu'aux lombes. Quelques prati-

ciens pensent que le procédé dont il s'agit ne procure la guérison définitive de l'hydrocèle qu'autant que le malade souffre beaucoup pendant chaque injection. Ainsi, M. *Richerand* veut qu'on prolonge les injections jusqu'à ce que les douleurs soient insupportables. D'autres, lorsque la première injection n'a pas provoqué de douleur, animent le vin qui sert à faire les injections, en y ajoutant une certaine quantité d'alcohol. Cependant on voit tous les jours des malades, qui pendant les injections ne souffrent pas ou souffrent très-peu, guérir néanmoins radicalement, tandis que quelquefois la maladie reparaît chez d'autres qui ont ressenti des douleurs très-vives.

Vingt-quatre heures après l'opération, quelquefois plus tôt, d'autres fois plus tard, les bourses deviennent chaudes, tendues, douloureuses; elles reprennent le volume qu'elles avaient avant l'opération. Il faut alors remplacer les fomentations vineuses par des cataplasmes émolliens, recourir même à des évacuations sanguines, si elles sont jugées nécessaires. Le gonflement dont il s'agit est dû en partie à l'engorgement du tissu cellulaire des bourses, en partie à un épanchement séro-sanguinolent, qui a lieu dans l'intérieur de la tunique vaginale. Peu à peu cet épanchement est résorbé. La portion de la tunique vaginale qui appartient au scrotum contracte des adhérences avec la portion qui recouvre le testicule, et la cavité de cette tunique disparaît ainsi pour toujours. C'est ordinairement trois semaines ou un mois après l'opération que la guérison est complète.

Le procédé de l'injection est généralement adopté. C'est, pour ainsi dire, le seul qu'on mette en usage pour obtenir la cure radicale de l'hydrocèle. La facilité, la simplicité de son exécution, le peu de douleur qu'il produit, l'avantage de pouvoir irriter également tous les points de la surface interne de la tunique vaginale, et de graduer cette irritation, soit en prolongeant ou en abrégeant le séjour du liquide, soit en augmentant ses propriétés excitantes, lui assurent sur tous les autres procédés une supériorité incontestable. Il convient dans tous les cas d'hydrocèle simple, et, dans ceux mêmes où il existe un engor-

gement chronique du testicule, il guérit non-seulement l'hydrocèle, mais encore souvent l'engorgement, dont la fonte est hâtée par l'irritation qu'on provoque.

Hydrocèle congéniale. VIGUERIE, chirurgien de Toulouse, est le premier qui ait appelé l'attention des praticiens sur cette espèce d'hydrocèle. Elle s'observe chez les enfans. Cependant on l'observe quelquefois chez les adultes. Le testicule peut être déjà descendu dans les bourses. Il peut aussi être retenu encore dans l'abdomen, ou bien engagé dans le canal inguinal, ou bien enfin arrivé à son orifice externe.

L'hydrocèle congéniale, indépendamment des symptômes qui appartiennent à l'hydrocèle accidentelle, a des caractères qui lui sont particuliers. Ainsi, lorsque le malade est couché sur le dos, la tumeur diminue de volume; si on la comprime méthodiquement de bas en haut, elle disparaît, et elle reparaît aussitôt que le malade se tient debout. L'espèce d'hydrocèle qui nous occupe est fréquemment compliquée de hernie. Cette complication se reconnaît à un mélange de parties opaques et de parties transparentes que présente la tumeur. L'hydrocèle congéniale peut guérir spontanément, mais presque toujours elle réclame les secours de l'art. Si le testicule n'est point encore descendu dans les bourses, il ne faut point chercher à obtenir la guérison radicale de la maladie. Il faut attendre que cet organe occupe le fond des bourses.

Viguerie, après avoir fait rentrer le liquide dans l'abdomen, exerçait une compression permanente au niveau de l'orifice externe de l'anneau inguinal. Il interceptait ainsi la communication du péritoine et de la tunique vaginale, et il prévenait ainsi le retour de la maladie, en déterminant l'adhérence des parois du canal qui établissait cette communicasion. La méthode de *Viguerie* est adoptée par beaucoup de praticiens; cependant elle ne réussit pas dans tous les cas : elle a échoué entre les mains de *Desault.* Ce chirurgien distingué traitait l'hydrocèle congéniale comme l'hydrocèle des adultes. Après avoir

évacué le liquide à l'aide du trois-quarts, il faisait exercer par un aide intelligent une forte compression au niveau de l'orifice externe du canal inguinal; il injectait ensuite du vin dans l'intérieur de la tunique vaginale. Lorsque l'opération était terminée, il établissait au même endroit, à l'aide d'un brayer, une compression permanente. Il est inutile de rappeler que, quelle que soit la méthode qu'on suive, s'il existait une hernie congéniale qui compliquât l'hydrocèle, il faudrait commencer par en faire la réduction. Si d'anciennes et fortes adhérences ne permettaient pas d'en opérer la réduction, le traitement palliatif serait alors le seul qui fût indiqué.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem qui inter ipsos alacriores sunt. *Sect.* 1, *aph.* 13.

II.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

III.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

IV.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 13.

V.

A plagâ in caput, stupor, aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

VI.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat; quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat; quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.